|  |
| --- |
| 国民健康保険はり・きゆう施術費助成金交付申請書　　年　　月　　日　　　佐世保市長　様申請者(施術担当者等)　　　　　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり、　　　　年　　月分のはり・きゆう施術費助成金を支給してくださるよう、はり・きゆう施術費明細書を添えて申請します。 |
| 　 | 区分 | 枚数・回数 | 施術費助成単価 | 申請額 | 備考 | 　 |
| 申請 | 枚数 | 枚 |  |  |
| 1術 | 回 | ８１０円 | 円 | 　 |
| 2術 | 回 | ８９０円 | 円 | 　 |
| 計 | 回 | 　 | 円 | 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 区分 | 件数 | 施術費助成単価 | 助成金交付決定額 | 備考 | 　 |
| ＊審査決定 | 枚数 | 枚 |  |  |
| 1術 | 回 | ８１０円 | 円 | 　 |
| 2術 | 回 | ８９０円 | 円 | 　 |
| 計 | 回 | 　 | 円 | 　 |
| 　 |
| 　 | ＊過誤増減件数内訳 | 事由 | １　術 | ２　術 | 備考 | 　 |
| 無資格受診 | 回 | 回 | 　 |
| 集計誤り | 回 | 回 | 　 |
| 重複請求 | 回 | 回 | 　 |
| その他 | 回 | 回 | 　 |
| 計 | 回 | 回 | 　 |
| 　※　＊印欄は記入しないこと |